18.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES COMPLICATIONS

DE

L'IRITIS SYPHILITIQUE

PAR

Armand SERRIGNY,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.
Ancien interne des hôpitaux du Havre.

PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET Cᵉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

Place de l'Ecole-de-Médecine.

1877

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES COMPLICATIONS

DE

L'IRITIS SYPHILITIQUE

PAR

Armand SERRIGNY,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.
Ancien interne des hôpitaux du Havre.

PARIS

V.-A. DELAHAYE ET Cᵉ, LIBRAIRES-EDITEURS
Place de l'Ecole-de-Médecine.

1877

165863

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS DE L'IRITIS SYPHILITIQUE

INTRODUCTION.

Pendant notre internat à l'hôpital du Havre, nous avons passé une année dans le service des maladies des yeux de M. Brière. Nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas d'iritis, parmi lesquels un certain nombre étaient de nature syphilitique. Cette forme particulière de l'inflammation de l'iris qui guérit rapidement sous l'influence d'un traitement approprié et immédiat, résiste au contraire et se montre très-rebelle aux meilleures médications quand celles-ci sont appliquées tardivement et que la maladie a élu domicile sur l'œil depuis longtemps. Il n'est pas rare d'observer ces cas anciens et tenaces chez des marins qui, restant longtemps sur mer, passent ainsi des mois sans se faire soigner.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de grou-

per les diverses complications que l'on peut rencontrer dans les iritis syphilitiques, et de présenter une étude succincte de leur développement, de leurs symptômes et du traitement qu'il convient d'y apporter.

Qu'il nous soit permis de remercier le Dr Brière et de lui exprimer nos sentiments de reconnaissance pour les bienveillantes indications qu'il nous a fournies au lit des malades.

Nous commencerons par rappeler en quelques lignes la description anatomique de l'iris. Nous esquisserons ensuite à grands traits les principaux caractères de l'iritis en général, puis nous ferons connaître les caractères particuliers de l'iritis syphilitique, caractères dont plusieurs le distinguent nettement des autres formes de cette inflammation. Après ces préliminaires indispensables pour l'intelligence de notre sujet, nous aborderons l'étude des complications que présente cette iritis, et nous insisterons sur l'importance de leur traitement.

CHAPITRE PREMIER.

DESCRIPTION ANATOMIQUE DE L'IRIS.

L'iris est une cloison membraneuse, contractile, placée verticalement au devant du cristallin avec lequel elle est en rapport. Son diamètre est d'environ

13 millimètres ; elle est percée à son centre, mais un peu en dedans et en haut d'une ouverture circulaire appelée pupille, dont le diamètre moyen de 3 à 4 millimètres subit de grands changements sous l'influence d'agents physiques et médicamenteux ou de causes pathologiques.

L'iris présente à considérer deux faces, deux circonférences et sa structure. La face antérieure, baignée par l'humeur aqueuse, forme la paroi postérieure de la chambre antérieure ; elle offre les nuances de coloration les plus diverses, mais toutes ces nuances se rapprochent de deux couleurs : bleu plus ou moins clair et brun plus ou moins foncé. On y remarque aussi deux zônes distinctes : l'une, plus étroite, située autour de la pupille, affecte une forme circulaire et une coloration plus foncée ; la deuxième, beaucoup plus large, en diffère par sa coloration plus claire et sa forme rayonnée.

La face postérieure se trouve en contact, au niveau du pourtour de l'orifice pupillaire, avec la cristalloïde antérieure ; elle est aussi en rapport avec les procès ciliaires qui s'avancent sur sa circonférence et la recouvrent dans une étendue de 1 millimètre sans lui adhérer ; elle est recouverte d'une couche épaisse de granulations pigmentaires noirâtres, à laquelle on a donné le nom d'uvée. Cette face forme la paroi antérieure de l'espace que les anciens auteurs décrivaient sous le nom de chambre postérieure, et qui n'est qu'une portion de la chambre de l'œil.

La grande circonférence de l'iris adhère au ligament ciliaire par des prolongements cellulo-fibreux

et les nombreuses ramifications vasculaires qui se portent de ce ligament à l'iris.

La petite circonférence circonscrit la pupille ; elle est extrêmement mince et d'une coloration noire due à la présence d'une couche épaisse de pigment.

La structure de l'iris comprend son tissu propre, ses vaisseaux et ses nerfs. Le tissu propre de l'iris est formé de trois couches : la première est une dépendance de la membrane de l'humeur aqueuse, membrane de Descemet; elle est recouverte d'épithélium pavimenteux.

La couche postérieure ou pigmentaire, appelée aussi uvée, est épaisse et continue avec la couche pigmentaire des procès ciliaires ; elle offre une déposition rayonnée dans la zone du grand cercle de l'iris, tandis qu'elle est unie au niveau du petit cercle ; elle est constituée par une lamelle très-mince qui adhère faiblement à la couche moyenne de l'iris et sur laquelle sont établies les cellules pigmentaires.

La couche moyenne se compose de fibres propres, de vaisseaux et de nerfs. Les fibres sont cellulaires et musculaires. De ces dernières, les unes sont circulaires et contractent la pupille; les autres s'étendent en rayonnant de la grande à la petite circonférence de l'iris ; elles forment le dilatateur pupillaire.

Les artères sont fournies par les ciliaires longues postérieures, les ciliaires antérieures et la terminaison des ciliaires courtes postérieures. Les ciliaires longues passent entre le sclérotique et la choroïde, puis, arrivées au niveau du muscle ciliaire, elles se

bifurquent. Les branches internes et externes marchent à la rencontre les unes des autres, suivant la grande circonférence de l'iris, et se réunissent pour former le grand cercle artériel de l'iris. De ce cercle naissent un grand nombre d'artérioles qui se divisent et se dirigent vers le centre pupillaire. Arrivées au bord de la pupille, elles s'anastomosent de nouveau pour former le petit cercle artériel de l'iris. Les veines, très-nombreuses, se rendent dans le canal de Schlemm, situé dans la sclérotique, au niveau de l'insertion ciliaire de l'iris.

Les nerfs émanent des nerfs ciliaires ; ils ont trois origines : grand sympathique qui fournit les rameaux présidant à la dilatation de la pupille; moteur oculaire commun, ceux qui font contracter la pupille et le trijumeau qui lui envoie aussi des rameaux sensitifs. Ce sont ces derniers qui occasionnent les douleurs violentes dont nous aurons à parler en décrivant l'iritis. Parfois les fibres qui font contracter la pupille sont fournies non par le moteur oculaire commun, mais par le moteur oculaire externe, anomalie qui explique comment, dans quelques paralysies complètes de la troisième paire, il n'y a pas cependant de dilatation de la pupille.

CHAPITRE DEUXIEME.

DE L'IRITIS EN GÉNÉRAL.

Les principales causes de l'iritis sont : le refroidissement, l'excès d'exercice des yeux, surtout le soir, la syphilis, la scrofule et le rhumatisme.

Une blessure de l'œil peut, soit directement, soit par propagation, déterminer de l'iritis; mais cette variété rentre dans la classe spéciale des traumatismes, et nous n'en parlerons pas.

Trois symptômes principaux caractérisent le début de l'iritis, ce sont : l'injection de la conjonctive et de l'épisclère, le trouble de la vision et les douleurs périorbitaires ou hémicrâniennes.

L'injection de la conjonctive se présente sous la forme radiée; mais ensuite, à une période plus avancée de la maladie, elle devient plus dense, envahit toute la conjonctive, et quelquefois même, mais rarement, détermine un bourrelet de chémosis autour de la cornée. Il est très-important de savoir diagnostiquer : 1° l'injection de la conjonctive formée par un réseau de gros vaisseaux sinueux, mobiles sur la sclérotique ; 2° la rougeur due à l'inflammation de l'épisclère et des tissus propres du globe oculaire qui est constituée par des vaisseaux fins et radiés, donnant une teinte rouge plus uniforme, parfois violacée, et qui est d'autant plus accusée qu'on l'examine plus près du globe.

Que d'erreurs se commettent chaque jour sur ce point ! Que d'iritis prises au début pour des conjonctives et traitées comme telles par des astringents et par des caustiques, traitements qui ne font qu'aggraver l'iritis.

Au point de vue du malade, il vaut mieux que le médecin prenne une conjonctivite pour une iritis, que de prendre une iritis pour une conjonctivite. Le traitement de l'iritis (mydriatiques et lotions tièdes) peut guérir la conjonctivite, tandis que le traitement de la conjonctivite aggravera à coup sûr l'iritis naissante. C'est là un fait de pratique journalière sur lequel on ne peut trop insister.

Le trouble de la vision est la conséquence de la sécrétion d'une certaine quantité de lymphe plastique qui, répandue dans l'humeur aqueuse, se dépose sur la pupille et trouble sa transparence et celle du contenu de la chambre antérieure.

Les douleurs oculaires et périorbitaires s'irradient à la face, le long des branches du trijumeau, et non seulement de la branche ophthalmique, mais aussi de la branche du maxillaire supérieur et même de celle du maxillaire inférieur, de sorte que certains malades attribuent leurs douleurs aux dents et croient à une fluxion quand il s'agit d'une iritis. Dans certains cas, ces douleurs sont atroces ; dans d'autres, peu prononcées. En règle générale, on peut dire qu'elles sont en raison directe du nombre des synéchies et de l'atrésie pupillaire.

D'autres signes apparaissent en outre : le changement de coloration de l'iris qui perd son brillant

et devient terne. Son premier changement de teinte s'observe autour de la pupille et de là ne tarde pas à s'étendre à toute la surface. La paresse de la pupille, laquelle se dilate et se resserre plus lentement que dans l'état ordinaire ou même devient immobile. La sécrétion plus abondante de l'humeur aqueuse qui se produit souvent sous l'influence de la congestion de l'œil. Ce sont là les principaux caractères de l'iritis simple et séreuse.

Plus tard, si l'iritis n'est pas enrayée dans sa marche, elle affecte une autre forme appelée parenchymateuse ou plastique. Alors les troubles de la vision augmentent, l'épanchement de lymphe plastique dans la pupille devient plus considérable et il se forme des adhérences de l'iris à la capsule antérieure du cristallin. Par suite de ces adhérences appelées postérieures, la pupille devient irrégulière. L'atropine rend cette déformation très-apparente et fait prendre à la pupille les formes les plus variées en la dilatant dans les points qui ne sont pas encore adhérents, tandis qu'elle reste immobile dans les autres. La coloration de l'iris est modifiée, ce qui est le résultat de l'augmentation de sa vascularisation : la couleur rouge du sang ajoutée à la teinte ordinaire de cette membrane est la cause de ses changements. L'œil prend souvent un aspect terne parce que les parties profondes de la cornée sont opacifiées par la lymphe plastique qui se dépose à leur surface. Quelquefois du sang se répand dans la chambre antérieure. Les douleurs sont plus vives :

elles deviennent souvent hémicrâniennes et affectent un caractère névralgique.

A une période plus avancée de la maladie, la pupille devient encore plus irrégulière et est remplie de lymphe plastique qui adhère de tous côtés autour de cette ouverture : la vision est alors profondément troublée ou même abolie.

CHAPITRE TROISIEME.

DE L'IRITIS SYPHILITIQUE.

La syphilis est une des causes les plus fréquentes d'iritis. D'après Galezowski elle agirait 62 fois sur 100. Cette localisation de la diathèse dans l'iris constitue un accident ordinairement intermédiaire aux périodes secondaire et tertiaire. Mais cela n'a rien de bien fixe, car il arrive aussi, suivant l'opinion de Ricord, que l'iritis n'est que le seul et le premier symptôme de l'affection secondaire de la syphilis. Le plus souvent, d'après Sichel, malgré une infection constitutionnelle bien déclarée, l'œil conserve son immunité jusqu'au moment où une cause locale (soit refroidissement soit traumatisme), agissant sur lui et produisant une ophthalmie externe simple, en fait un centre d'attraction pour le travail syphilitique.

Chez les enfants, l'iritis est assez fréquemment la

conséquence de la syphilis congénitale et constitue quelquefois le premier symptôme qu'on en observe.

L'iritis spécifique présente les symptômes ordinaires de toute iritis, mais elle offre aussi des caractères qui lui sont propres et qui la distinguent parfaitement de l'iritis simple. Elle est admise aujourd'hui par tous les auteurs. Sa gravité et les nombreuses complications dont elle est souvent accompagnée lui donnent aussi un cachet tout spécial.

Les principaux signes qui la caractérisent sont : 1° La décoloration du petit cercle de l'iris qui prend une teinte d'un rouge cuivré. Dans quelques cas, cette teinte s'étend plus ou moins loin dans le grand cercle. 2° Le gonflement de ce petit cercle. Ces deux caractères sont dus à la vascularisation anormale qui s'effectue dans l'iris et débutent souvent dans la partie supérieure et interne où ils restent plus marqués, quand l'inflammation est plus avancée. 3° Surviennent ensuite, si la maladie n'est pas combattue dès le début, des petites saillies arrondies ou ovalaires, de couleur rouge orangé ou cuivré dont la surface est quelquefois parcourue de fines vascularisations. Ces petites élevures bien étudiées par Beer, qui leur a donné le nom de condylomes, apportent la plupart du temps une si grande désorganisation dans l'œil que nous les considérerons comme de véritables complications et que nous les décrirons comme telles. 4° Le déplacement et l'irrégularité de la pupille. Ces deux changements apportés aux mouvements et à la forme de cette ouverture sont la conséquence de la formation d'un exsudat plastique sur

sa marge. Souvent l'adhérence la plus grande se trouve en haut et en dedans et alors la pupille est fortement tiraillée dans cette direction. Quelquefois la pupille présente une disposition cratériforme qui est due à la synéchie totale et à l'obstacle que l'humeur aqueuse éprouve à passer dans la chambre antérieure.

5° Les douleurs orbitaires et circumorbitaires. Ces douleurs sont très-variables. Suivant quelque auteurs elles n'existent pas ou sont à peine sensibles. Rollet au contraire croit qu'elles sont intenses, nocturnes et constituent un des symptômes propres à l'iritis syphilique. Ces douleurs apparaîtraient quelquefois avant les autres signes de la maladie, augmenteraient avec ses progrès et deviendraient parfois intolérables. Cette opinion n'a rien d'absolu ; on peut en effet rencontrer des cas où les douleurs sont très-légères et même nulles et ne présentant pas de caractères nocturnes.

Ricord admet trois formes d'iritis syphilitique : 1° la forme érythémateuse ou séreuse, caractérisée par un changement de l'iris et une exsudation séreuse qui augmente la convexité de la cornée ; 2° la forme papuleuse ou plastique qui est la plus fréquente Dans ce cas, il y a exsudation plastique et formation de dépôts dans la substance même de l'iris. 3° La forme pustuleuse. L'iris présente alors des vésicules ou des pustules pouvant donner lieu à des cicatrices ou à des ulcérations.

L'iritis syphilitique est toujours une maladie très-sérieuse en raison des complications qu'elle peut

entraîner dans les différentes parties de l'œil. En outre, il y a souvent des rechutes : l'œil reste pendant longtemps très-sensible à l'action du froid et de l'humidité.

CHAPITRE QUATRIEME.

DES COMPLICATIONS DE L'IRITIS SYPHILITIQUE

Les unes sont communes à l'iritis simple et à l'iritis spécifique, telles que :

1° Les synéchies postérieures.

2° Les opacités et dépôts capsulaires.

Les autres sont plus spéciales à l'iritis syphilitique :

3° Les condylomes de l'iris ou du corps ciliaire.

4° La kératite ponctuée.

5° La sclérite.

6° L'irido-choroïdite aiguë et chronique.

7° La rétinite.

8° Les staphylômes de la sclérotique ou sclérectasies antérieures et équatoriales.

I. *Synéchies postérieures*

On appelle ainsi les adhérences qui, dans le cours d'une iritis, se forment entre l'iris et la capsule an-

térieure du cristallin. Cette complication n'est pas spéciale à l'iritis syphilitique : on la rencontre encore dans toutes les autres formes de cette inflammation.

On peut nous objecter que les synéchies ne sont pas une complication, mais simplement un des symptômes de l'iritis, le résultat de l'inflammation de l'iris qui fait adhérer cette membrane à la cristalloïde dans un ou plusieurs points de la circonférence pupillaire.

Quand les adhérences ne sont que transitoires et qu'on les détruit au moyen d'un mydriatique appliqué à temps, elles ne sont certainement plus qu'un symptôme de l'iritis à noter dans le courant de l'observation, qu'on rencontre ou qu'on peut rencontrer dans l'iritis simple, dans l'iritis spécifique et dans toutes les variétés d'inflammation de l'iris. Mais lorsque les synéchies sont anciennes et qu'il n'est plus possible de les rompre, lorsqu'elles sont étendues à la moitié, aux deux tiers ou à la totalité du pourtour pupillaire, lorsqu'il s'est formé une synéchie totale, l'union pathologique qui existe alors entre l'iriset la cristalloïde devient plus qu'un symptôme, elle est passée à l'état de complication et même de complication sérieuse qui peut conduire à l'atrésie pupillaire, à l'irido-choroïdite et à la perte de la vue.

Les adhérences étendues et qu'on ne peut rompre se voient surtout sous les condylomes dans les formes graves d'iritis spécifique. C'est pourquoi nous

les classons ici parmi les complications de la variété d'iritis que nous étudions.

La synéchie est-elle partielle, l'iris continuera à se dilater et à se contracter sous l'influence des ténèbres et de la lumière, partout où le diaphragme ne s'est pas soudé à la cristalloïde, mais ces fonctions ne peuvent plus s'accomplir là où existe l'adhérence. Que se passe-t-il alors? Un tiraillement des fibres radiées et des fibres circulaires de l'iris dans le voisinage de la synéchie a lieu chaque fois que l'œil passe vivement d'un milieu très-éclairé dans un milieu qui l'est moins, du soleil à l'ombre par exemple, et ces tiraillements maintiennent dans l'iris un état congestif et subinflammatoire qui prédispose l'œil aux rechutes, aux récidives d'iritis Envisagée à ce point de vue la synéchie est donc une réelle complication et c'est, nous l'avons dit, sous les condylomes du petit cercle de l'iris que les adhérences les plus dangereuses se rencontrent. Après les attaques d'iritis simple ou rhumatismale il n'est pas rare d'observer dans la suite que les synéchies rebelles à l'atropine se résorbent ensuite spontanément et que telle pupille reprend par la nature une liberté que nous avions été impuissants à lui rendre. Il est extrêmement rare au contraire qu'une synéchie étendue, conséquence d'un condylome dans l'iritis syphilitique, disparaisse ainsi et il en résulte alors des troubles de la vue assez notables.

II. *Opacités et dépôts capsulaires.*

Quand les synéchies dont nous venons d'expliquer la formation sont rompues, l'iris se retire, c'est-à-dire reprend sa situation normale. Il reste alors accolées à la face antérieure du cristallin quelques parcelles du pigment qui recouvre la face postérieure de l'iris. Tant que ces points sont peu nombreux et peu épais, la vue n'est pas ou peu troublée, mais s'il reste une assez grande quantité de pigment, on a une opacité limitée à la surface de la cristalloïde, sorte de cataracte pigmentaire qu'il ne faut pas confondre avec une autre variété propre au cristallin et appelée cataracte noire. Cette opacité capsulaire d'un brun noirâtre est formée par du pigment uvéen déposé sur la cristalloïde antérieure. Cette complication comme les adhérences dont elle est la conséquence, peut se présenter dans toute espèce d'iritis. Les symptômes sont différents suivant le degré de l'inflammation de l'iris. La cristalloïde antérieure présente une petite tache noire ou brun-foncé dont les dimensions et la forme sont variables. Quelquefois elle est libre, mais le plus souvent elle est très-rapprochée de la marge pupillaire à laquelle elle est attachée par un plus ou moins grand nombre de filaments fibro-albumineux très-fins et recouverts de pigment. Ces petits filaments tiraillent la pupille en divers sens et donnent à sa circonférence une forme irrégulière, dentelée. Cette disposition spéciale est facilement appréciable à l'aide de l'éclairage latéral.

L'état de la vision dépend de l'étendue de la plaque pigmentaire. Le malade baisse la tête quand la lumière est vive et traîne les pieds en marchant, comme un homme se promenant la nuit dans une chambre obscure : ce sont là, du reste, des signes qui se rencontrent chez tous les malades atteints de cataracte.

Il peut arriver qu'une partie seulement de ces taches se résorbent et qu'il ne reste plus sur la cristalloïde que quelques points de pigment; on a alors à craindre des récidives parce que ces points persistants peuvent contracter de nouvelles adhérences avec l'iris.

III. — *Condylomes de l'iris.*

Les condylomes de l'iris constituent une complication assez fréquente et des plus caractéristiques de l'iritis syphilitique. En effet, l'iritis peut être spécifique sans offrir de condylomes, mais quand on observe un ou plusieurs condylomes dans le cours d'une iritis, on peut diagnostiquer sûrement la syphilis, car on n'en rencontre point dans les autres formes de cette inflammation.

Les condylomes sont des saillies arrondies ou ovalaires, de couleur jaune orangé ou cuivré et dont la surface irrégulière est recouverte d'une grande quantité de petits vaisseaux injectés. On les a comparés d'après leur aspect aux bourgeons charnus des plaies atoniques (de Wecker). Ils apparaissent

à la première période de l'iritis ; larges de 2 à 3 millimètres, ils peuvent atteindre de 1 à 2 millimètres de hauteur au-dessus du niveau de l'iris, exister en nombre variable et se former sur tous les points de cette membrane. Leur siége le plus habituel est la partie supérieure et interne de l'iris.

On croyait autrefois que ces petites tumeurs se composaient d'un exsudat amorphe placé dans l'épaisseur du parenchyme de l'iris. De nouvelles recherches ont démontré l'identité parfaite de ces saillies avec les tumeurs gommeuses au début; M. Colberg qui a fait l'examen microscopique de l'une d'elles a constaté la présence de cellules fusiformes, de cellules de nouvelle formation et de noyaux libres. Les vaisseaux provenaient du stroma de l'iris et on pouvait les suivre jusqu'au sommet des plus petits condylomes.

La présence de ces tumeurs est toujours très-grave. Elles se résorbent et disparaissent quelquefois sans laisser de traces, mais quand on ne leur oppose pas un traitement approprié, elles finissent, au bout de quelque temps, par montrer un point jaunâtre à leur surface et se transforment en véritables abcès. Lorsque ces abcès se rompent, le liquide purulent qu'ils contiennent peut se répandre dans la chambre antérieure et constituer un hypopyon, lequel, s'il occupe une grande partie de cette chambre, causera un trouble de la vision. D'autres de ces tumeurs prennent une extension considérable et cèdent difficilement au traitement; aussi peuvent-elles occasionner la perte de l'œil par suite du

développement ultérieur soit d'irido-choroïdite, soit de rétino-choroïdite.

Obs. I (personnelle). — Marie L.,., fille publique, âgée de 19 ans, entre à l'hôpital du Havre, service des maladie des yeux, le 14 octobre 1874. Au commencement de cette année, elle avait déjà été reçue dans le service des vénériennes, où elle était restée un mois pour se faire soigner un chancre induré aux grandes lèvres. Quatre mois après sa sortie, elle rentre de nouveau dans le même service, présentant des plaques muqueuses à l'anus et en sortit au bout de trois semaines environ. Le 14 octobre, elle se fit admettre pour la troisième fois à l'hôpital, mais alors dans le service des maladies des yeux. Elle souffrait de l'œil gauche depuis environ quinze jours. On constate une iritis syphilitique. Outre l'injection périkératique, la décoloration de la pupille, la teinte cuivrée du petit cercle de l'iris, cet œil présentait un condylome gros comme un grain de blé et situé à la partie externe de l'iris. Les douleurs circumorbitaires étaient très-vives et s'irradiaient dans la moitié de la tête. L'état général de cette malade était excellent; on la soumit immédiatement à un traitement antisyphilitique. Onctions hydrargyriques et sirop de Gibert. Localement on employa l'atropine et les compresses chaudes. Sous l'influence de cette médication, la tumeur condylomateuse ne fit pas de progrès, resta stationnaire pendant une quinzaine de jours, puis diminua peu à peu et finit par disparaître complètement. La malade sortit guérie de l'hôpital le 28 novembre.

Obs. II (personnelle). — Madame X..., caissière, âgée de 41 ans, fut soignée à la consultation du docteur Brière. Elle avait alors une iritis double qui présentait tous les caractères de l'iritis syphilitique. Elle n'offrait aucun autre accident spécifique, mais elle avoua avoir eu dix-huit mois auparavant une ulcération aux parties et puls tard des plaques mu-

queuses à la bouche. On remarquait dans ses deux yeux une injection périkératique, un changement de coloration de l'iris, la teinte cuivrée du petit cercle de cette membrane et de plus, du côté droit, un condylome gros comme un grain de millet, situé à la partie supérieure et externe de l'iris. L'état général était bon. La malade fut soumise au traitement général par le sirop de Gibert et localement on lui applique des compresses chaudes six fois par jour et de l'atropine. Sous l'influence de cette médication, le condylome disparut en un mois, mais l'iris resta adhérent à la cristalloïde au niveau du point où l'on avait observé le condylome.

Obs. III (Sichel. Iconographie ophthalmologique, p. 125). — Le 14 janvier 1840, M. G .., étudiant en médecine, âgé de 21 ans, d'une constitution lymphatique, se présente chez M. Sichel. Il est atteint depuis le 20 décembre d'une ophthalmie de l'œil droit, qui s'est aggravée depuis huit jours environ. On diagnostique iritis syphilitique. Décoloration du petit cercle de l'iris qui présente en haut et en dedans une élévation de près de 3 millimètres et demi de longueur verticale sur 2 millimètres de largeur horizontale. Cette petite tumeur est de forme ovalaire, d'une teinte jaunâtre, purulente sur son bord externe, d'une couleur rouge cuivré et d'un aspect tomenteux sur sa partie interne et inférieure. Au mois de juin 1839, chancre induré constaté par M. Ricord. Au mois d'août, engorgement et induration de plusieurs ganglions cervicaux avec douleurs très-vives. Au mois de septembre, éruption cutanée. Traitement antiphlogistique et antisyphilitique : 20 sangsues au devant de l'oreille, 5 centigr. de calomel quatre fois par jour pendant trois jours. Abondantes onctions d'onguent mercuriel sur front, tempe et joue droite. 4e jour : purgatif, nouvelle application de 15 sangsues au même endroit. 5e jour : usage de pilules de sublimé corrosif, d'abord au nombre de 2, puis progressivement jusqu'à 7 ou 8 par jour. Régime sévère, repos des yeux.

Six jours après, M. G... voit beaucoup mieux de son œi malade. L'excroissance est affaisée ; elle se transforme en un simple feston de la marge pupillaire interne adhérent à la capsule cristallinienne. La cornée examinée à la loupe présente des petits points très-ténus de couleur brune, semblables à des excavations extrêmement fines. Laudanum en collyre. Le 31 janvier le malade est guéri ; cependant la vue est toujours un peu trouble, la pupille encore légèrement resserrée et déformée. On continue l'usage du collyre et le traitement mercuriel. Mais celui-ci fut cessé trop tôt; aussi, au bout d'un mois, il arrive une rechute d'iritis syphilitique moins prononcée, qui guérit par l'emploi des mêmes moyens continués pendant douze jours et poussés cette fois jusqu'aux signes manifestes de la salivation. La cure est terminée par l'usage interne de l'iodure de potassium.

Obs. IV (Desmarres. Maladies des yeux, t. II, p. 500.) — Un homme, ancien valet de chambre du duc de Montpensier, vint d'Espagne à Paris pour consulter M. Desmarres sur une affection grave des yeux. Lorsque M. Desmarres le vit pour la première fois, il était atteint d'un iritis double qui devint surtout fort intense du côté gauche. La pupille ne tarda pas à se fermer et on apercevait sur l'iris des condylomes. L'un d'eux, plus volumineux que les autres, placé au côté externe, vint faire saillie sous la conjonctive à travers la sclérotique. En même temps, de tous les côtés, on vit s'élever de petites tumeurs indolentes, très-dures, oblongues, exactement semblables à des tubercules syphilitiques dont, pendant que ceci se passait du côté de l'appareil oculaire, les téguments du corps se couvrirent également. La peau des paupières en était à la lettre criblée. Cet homme, que M. Desmarres vit avec M. Horteloup, médecin de l'Hôtel-Dieu, était dans un état d'épuisement tel qu'ils jugèrent dangereux de recourir pour le moment à un traitement spécifique, auquel ils ne se seraient décidés, du reste, qu'avec une certaine réserve, le malade niant de la façon la plus énergique qu'il eût jamais

porté aucun signe d'accident primitif. Plus tard, le malade fut soigné par M. le Dr Boinet. Il fut soumis à un traitement spécifique et il finit par guérir complètement. L'œil pourtant demeure entièrement perdu. M. Desmarres constata la guérison, car le malade revint le voir plusieurs mois après. Ici, le succès obtenu par le traitement antisyphilitique fut une preuve que, malgré les dénégations du sujet, on avait eu affaire à une iritis spécifique.

Obs. V (recueillie par M. Leheyne, à Ypres. Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges, 1849, p. 70). — Il s'agit d'un compagnon orfèvre et graveur qui se présenta le 23 mai chez l'auteur pour un chancre situé à la face interne du prépuce ; malgré l'emploi de pilules de proto-iodure de mercure, de tisanes sudorifiques, de pansements avec une pommade au protoiodure de mercure et des cautérisations ; il se manifesta au bout d'un mois des aphthes dans la bouche, puis plus tard un ecthyma syphilitique. Malgré l'usage du protoiodure de mercure, qui dut parfois être suspendu à cause des dérangements gastro-intestinaux et la diminution de l'induration principale et de l'ecthyma, l'œil gauche s'affecta le 16 août et le 18 ce malade présentait l'iritis syphitique la mieux caractérisée. L'auteur observa, entre autres, sur le bord pupillaire, trois productions bosselées, jaunes rougeâtres, tomenteuses, de la grosseur d'une tête de petite épingle ; des frictions mercurielles belladonées et des bains de pieds sinapisés le premier jour, puis l'emploi du calomel, des saignées, des instillations et des fomentations sèches de belladone amenèrent la guérison de l'iritis ; le ptyalisme qui s'était montré fut traité par le sulfate de magnésie ; enfin l'iodure de potassium guérit les derniers symptômes syphilitiques, à savoir l'ecthyma qui s'était encore rencontré le 1er septembre.

ROYAL LONDON OPHTHALMIC HOSPITAL

IV. — Kératite ponctuée.

La kératite ponctuée est une complication assez fréquente de l'iritis syphilitique. Il est rare, dit Desmarres (1), qu'elle ne survienne pas dans le cours de l'iritis, chez les sujets infectés de syphilis. Cette inflammation est tantôt superficielle, tantôt profonde, C'est sous cette dernière forme qu'elle se présente quand elle accompagne l'iritis.

Elle est caractérisée par la présence de petits points le plus souvent grisâtres, quelquefois noirâtres sur la surface concave de la cornée dont la transparence a diminué. Ces points que l'on découvre facilement à l'aide de l'éclairage latéral ont une dimension d'un grain de sable jusqu'à celle d'une tête d'épingle. Leur volume est rarement plus grand, mais ils forment quelquefois par la réunion de plusieurs d'entre eux des taches plus ou moins étendues. L'ensemble de ces points a souvent une forme triangulaire à base inférieure, à sommet dirigé vers le centre de la cornée. L'humeur aqueuse est secrétée en plus grande quantité ; aussi le globe de l'œil semble dur, tendu, proéminent. La pupille est irrégulière et peu mobile ; elle contracte en effet presque toujours des adhérences avec la capsule antérieure, par suite de l'inflammation de l'iris. Quelquefois l'humeur aqueuse est obscurcie par des exsudations qui envahissent la chambre antérieure sous forme de flocons grisâtres. D'autres fois, il y a sécrétion de véritable pus, c'est-à-dire qu'il se forme un hypopion.

(1) Traité des maladies des yeux, t. II, p. 245.

Quand il n'existe sur la cornée que quelques points légers, peu nombreux, le malade se plaint d'un trouble de la vue; il lui semble être au milieu d'un brouillard plus ou moins épais; mais si les petits points augmentent, le trouble de la vision devient aussi plus considérable.

Le malade éprouve des douleurs orbitaires et circumorbitaires plus ou moins vives, du larmoiement et de la photophobie. Il recherche une demi-obscurité : la douleur qu'il ressent est ainsi diminuée et sa pupille se trouvant à son plus grand degré de développement apporte un obstacle à la formation d'adhérences avec la capsule antérieure.

Obs. VI (personnelle). — X..., bonne, âgée de 22 ans, fut soignée en 1874 par M. le Dr Brière. Elle présentait alors une iritis aiguë du côté gauche et une irido-choroïdite du côté droit. Huit mois auparavant son œil avait été atteint d'iritis aiguë et depuis de plusieurs poussées inflammatoires très-vives. Elle fut alors traitée par le médecin de la famille qu'elle servait; craignant l'indiscrétion de ce médecin auprès de sa maîtresse, elle nia formellement tous accidents syphilitiques. Mais lorsqu'elle vint consulter M. Brière, elle avoua parfaitement ses antécédents spécifiques. L'œil droit affecté d'irido-choroïdite, présentait une synéchie totale, une dizaine de gros points et un plus grand nombre de petits points grisâtres sur la cornée ; il était ramolli et menaçait de se perdre. L'œil gauche offrait une iritis syphilitique aiguë compliquée de quelques points de kératite ponctuée. On ordonna du sirop de Gibert et localement des mydriatiques. Ce traitement dura un mois et n'amena pas d'amélioration ; on eut alors recours à l'iridectomie. On commença par l'œil droit et huit jours après l'œil gauche fut opéré. L'œil droit,

ainsi qu'on l'avait prévu, resta aveugle, mais l'iridectomie enraya les accidents aigus de l'œil gauche qui trois semaines après était complètement guéri.

Obs. VII (personnelle). — M..., négociant, âgé de 55 ans, fut soigné par M. le Dr Brière au commencement de 1876. L'œil gauche de ce malade était atteint d'iritis et c'était pour la deuxième fois, car l'année précédente il avait présenté une poussée inflammatoire qui avait cédé rapidement aux antiphlogistiques et aux antisyphilitiques. Dans ce cas, on peut appliquer l'adage latin « naturam morborum curationes demonstrant. » En effet, les caractères de l'affection et son traitement permettent d'affirmer que c'était une lésion spécifique. Mais la situation du malade a empêché d'éclaircir ce point par des questions qui auraient été mal acceptées. Cette deuxième fois, l'inflammation est plus vive ; outre la coloration cuivrée du petit cercle de l'iris que l'on remarquait déjà la première fois, l'œil présente à l'éclairage latéral une synéchie postérieure à la partie supérieure et interne de la marge pupillaire et un grand nombre de petits points grisâtres sur la face concave de la cornée et disposés en triangles. On prescrivit au malade du sirop de Gibert à l'intérieur et localement des mydriatiques. Sous l'influence de ce traitement, la guérison fut complète au bout de trois mois.

V. *Sclérite.*

L'irritation produite par la présence d'un condylome peut faire naître l'inflammation de la sclérotique qui ordinairement arrive chez les individus affectés de rhumatisme et à la suite de refroidissement. Cette membrane prend alors une teinte bleuâtre et offre à sa surface de larges taches rouges non continues. Ces plaques circonscrites sont très-

sensibles au toucher et déterminent de la photophobie et du larmoiement. La sclérite est une complication rare de l'iritis syphilitique.

Obs. VIII (J. Sichel. Iconographie ophthalmologique, p. 126). — Le 2 avril 1834, M. H..., militaire, âgé de 32 ans, se présente à la clinique du Dr Sichel. Il est affecté d'iritis de l'œil gauche avec déformation de la pupille dont la partie supérieure interne forme un angle aigu dirigé fortement en haut et en dedans. A la base de cet angle existe une petite adhérence blanchâtre entre la marge pupillaire et le feuillet antérieur de la capsule du cristallin. Tout l'iris est décoloré; le petit cercle a pris une teinte violacée très-prononcée, tirant sur le cuivre; sur le bord pupillaire inférieur, on reconnaît une élévation rouge, jaunâtre dans quelques points, c'est un condylome. Tous les soirs, accès très-violents de douleur dans l'arc sourciller et le front, au-dessus de l'œil malade. Pas de photophobie; vue trouble.

Le diagnostic iritis syphilitique fut confirmé d'une manière positive par les commémoratifs et par l'inspection du pénis oú l'on reconnaît sur la couronne du gland des cicatrices de chancres. Saignée, sangsues à l'apophyse mastoïde gauche, onctions mercurielles sur le front et la tempe gauche, usage interne du calomel à doses altérantes (1 centigr. avec autant opium brut, 6 à 8 pilules par jour). Le malade ne revint à la clinique que le 9 avril. Alors la sclérotique présente un cercle de vaisseaux d'un rouge carmin, fins, serrés, longs de près de 3mm, s'avançant jusqu'au bord de la cornée et l'entourant. Il y a photophobie, larmoiement, enfin sclérite. L'altération de la couleur de l'iris a augmenté et sa surface est devenue terne. Le condylome persiste. Sur plusieurs endroits du bord pupillaire, mais surtout en haut et en dedans, la marge iridienne est bordée de stries blanches irrégulières, produites par l'épanchement d'une matière fibro-albumineuse sur la capsule du cristallin et à la surface postérieure

de l'iris. La vue est toujours trouble, presque nulle. Le malade s'était exposé à un courant d'air qui a occasionné un refroidissement. Onguent napolitain belladoné ; on continue l'emploi du calomel. Les symptômes ne diminuent que lentement. L'élévation s'affaissa et disparut insensiblement. Après plusieurs jours de traitement, on prescrivit des pilules pilules de deuto-chlorure de mercure (5 milligr. et jusqu'à 2 ou 3 centigr. par jour). Le malade guérit parfaitement ; le bord supérieur interne de la pupille conserva seul quelques inégalités blanchâtres.

VI. — *Irido-choroidite.*

L'irido-choroïdite est une complication fréquente de l'iritis syphilitique non soigné dès le début. Dans ce cas, c'est sous la forme plastique qu'elle se présente. A la suite de l'inflammation de l'iris, les synéchies nombreuses qui s'établissent, obstruent en partie ou même en totalité la communication entre les chambres de l'œil. L'humeur aqueuse ne pouvant s'écouler en avant, il y a augmentation de pression ; alors l'iris bombée en avant tiraille la choroïde par continuité de tissu et donne naissance à la cyclite et à l'irido-choroïdite.

Si la pupille permet d'examiner l'œil à l'ophthalmoscope, on remarque que le corps vitré est opacifié surtout dans ses parties antérieures. Ces opacités d'abord très-fines deviennent filamenteuses ou membraneuses (Wœcker). La cornée et l'iris, sans être adhérents, sont accolés à un point tel qu'il serait souvent impossible de faire pénétrer un instrument

pour pratiquer l'iridectomie. L'injection périkértique est très-prononcée. Quelquefois il y a un chémosis et la conjonctive inférieure est assez enflammée pour former un ectropion. La cornée est très-sensible et devient douloureuse au moindre attouchement. L'iris est décoloré, aminci, atrophié ; ses vaisseaux surtout les veines sont gonflés. La vue généralement est très-affaiblie et peut même être abolie.

Obs. IX (personnelle). — Gustave C..., âgé de 33 ans, commis, entre à l'hôpital du Havre, service des maladies des yeux le 20 mars 1876. Cet homme est atteint de syphilis et présente les accidents de la période tertiaire. Il existe, en effet, à la région sous-maxillaire plusieurs gommes arrivées à suppuration. Un mois avant son entrée à l'hôpital, ses yeux devinrent malades. Il se soigna à sa façon et instilla dans ses yeux des gouttes d'un collyre dans la composition duquel entrait très-probablement du sulfate de cuivre à assez hautes doses, car il procurait au malade de très-vives douleurs.

A son arrivée à l'hôpital, on constate une iritis syphilitique aux deux yeux, mais plus avancée à gauche. De ce côté, outre les signes ordinaires de l'iritis, injection périkératique, décoloration et teinte cuivrée du petit cercle de l'iris, adhérences de cette membrane à la cristalloïde, exsudats pupillaires, douleurs orbitaires très-vives, on note une tumeur condylomateuse grosse comme un grain de blé et située à la partie externe de l'iris. La pupille offre une disposition cratériforme. A droite, on observe tous les signes de l'iritis syphilitique que nous venons de signaler et, en outre, deux petites tumeurs condylomateuses de la grosseur d'un grain de millet. Le malade, d'un tempérament lymphatique et offrant des cicatrices d'abcès froids strumeux à la région cervicale, présente un mauvais état général. On le soumet de suite à un

traitement tonique et antisyphilitique. Vin de quinquina, pilules de Vallet, sirop de Gibert. Localement, on emploie l'atropine et des compresses chaudes. La marche des deux iritis fut différente. Du côté droit, où l'inflammation n'est pas aussi vive, la pupille, sous l'influence des mydriatiques, se dilate et la communication entre les deux chambres se rétablit. L'iris, qui commençait à bomber, reprend sa forme habituelle. Du côté gauche, au contraire, la pupille est tellement soudée à la cristalloïde par de nombreux exsudats qu'il est impossible de détacher une partie de ses adhérences. L'iris, poussé en avant par l'humeur aqueuse, est tiraillé de plus en plus et l'inflammation, dont cette membrane est le siége, se propage aux corps ciliaires et à la choroïde. La vue s'obscurcit et la perception visuelle devient nulle.

L'œil droit marcha donc rapidement à la guérison, les deux tumeurs disparurent et le malade reprit assez de vue dans cet œil pour lire des caractères de 1^{mm} 1[2, tandis que l'œil gauche se désorganisa de plus en plus et, sous l'influence des poussées intra-oculaires, s'amincit tellement qu'il présente dans la région équatoriale deux staphylomes gros comme l'extrémité du petit doigt. Le malade sortit dans ces conditions de l'hôpital le 8 juin 1876.

VII. — *Rétinite.*

La rétinite est une complication commune à toutes les iritis et assez fréquente dans l'iritis syphilitique négligé ; elle fait suite ordinairement à une iodri-choroïdite. Il existe alors le plus souvent des synéchies postérieures qui empêchent d'examiner le fond de l'œil à l'ophthalmoscope. On diagnostique l'inflammation de la rétine uniquement à cause du grand affaiblissement de la vue.

Les lésions de la rétine consistent surtout dans une infiltration séreuse de cette membrane et dans la sclérose de son tissu conjonctif.

Les symptômes sont les mêmes que ceux de la choroïdite qui accompagne l'iritis spécifique.

VIII. — *Staphylome antérieur de la sclérotique ou scléréctasie antérieure.*

Le staphylome de la sclérotique se rencontre seulement dans les formes les plus graves d'iritis syphilitique. Il est caractérisé anatomiquement par un amincissement très-grand de cette membrane et s'accompagne d'une atrophie des éléments de l'iris et de la choroïde. Il se présente ordinairement à un endroit plus ou moins éloigné de la cornée, ou au niveau de l'équateur, entre les muscles droits, sous forme d'une élévation ou bosselure bleuâtre, tantôt circonscrite, tantôt se perdant insensiblement au milieu de la sclérotique. Son volume varie depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un grain de raisin ou d'une noisette. Sa consistance est le plus souvent dure et résistante : c'est le résultat de la pression intra-oculaire. Sa surface est tantôt unilobulaire, tantôt multilobulaire, formée de petits lobules réunis par leur base. La sclérotique paraît saine dans les autres parties.

Les vaisseaux scléroticaux sont injectés, la chambre antérieure est trouble, la pupille est déformée et pré-

sente des adhérences postérieures plus ou moin nombreuses. L'iris offre les altérations de l'iritis syphilitique.

L'œil est dur, volumineux, fortement poussé en avant; cette distension occasionne des tiraillements douloureux. Quand la dégénérescence de la sclérotique est arrivée à haut point, il n'y a pas de douleur. D'autres fois l'œil s'enflamme et alors le malade ressent une douleur pulsative, revenant par accès et s'étendant au front et même à toute la tête. La photophobie existe toujours.

Lorsque le staphylome est petit, il peut se terminer par guérison, c'est-à dire qu'il peut s'aplatir complétement. Mais, le plus souvent, il prend un volume considérable et d'autres petites tumeurs semblables apparaissent autour de lui. Si un traitement convenable n'enraye pas sa marche, le volume de l'œil augmente tous les jours et par suite de l'amincissement du staphylome l'humeur aqueuse peut s'écouler au dehors. On a alors une atrophie de l'œil.

Obs. X (personnelle). — G..., âgé de 30 ans, chauffeur, entre à l'hôpital du Havre, service des maladies des yeux, le 8 juillet 1875. Le début de son affection remonte à cinq mois. Pendant un court séjour à Naples il fut atteint de la syphilis et ne subit de traitement que pendant un mois ou six semaines.

Dans le cours d'un voyage en mer assez long, il eut des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Au moment où il entre à l'hôpital, il est en pleine évolution de syphilis tertiaire. On remarque, en effet, sur la face antérieure de la jambe gauche deux surfaces ulcérées de 3 à 4 centimètres de

longeur sur 2 de largeur, dont les bords sont taillés à pic et qui ne sont autres que des gommes à la période d'ulcération. A la partie inférieure et postérieure de la cuisse gauche, on sent dans le tissu cellullaire sous-cutané une tumeur grosse comme une noisette qui est apparue un peu après les tumeurs de la partie antérieure de la jambe et dont les caractères rappellent également ceux des gommes à la période de début. Mais le malade, parfaitement insouciant, du reste, n'aurait pas songé à se soigner si sa vue n'était devenue malade. L'œil gauche affecté depuis deux mois est actuellement dans un état déplorable, et un coup d'œil jeté sur lui suffit pour affirmer l'existence de la syphilis chez ce malade. Outre la décoloration et la teinte cuivrée du petit cercle de l'iris, les nombreuses adhérences du pourtour pupillaire avec la cristalloïde et les exsudats qui couvrent la pupille, on remarque dans la moitié externe de l'iris une tumeur jaunâtre, du volume d'une petite noisette, et qui empiète en partie sur la pupille. La partie la plus externe de cette tumeur arrive jusqu'à l'insertion de l'iris. A ce niveau, la sclérotique offre une teinte bleuâtre et un commencement d'ectasie qui indique son amincissement. Les douleurs sont assez vives; la perception visuelle est à peu près nulle dans la moitié interne du champ visuel et très-défectueuse dans sa moitié externe.

L'état général du malade est très-mauvais ; ses forces sont perdues et un amaigrissement considérable est survenu. Il est alors soumis à un traitement réparateur et antisyphilitique. Vin de quinquina ; 5 cuillerées d'huile de foie de morue par jour et cure d'inonctions. Les gommes sont pansées avec de l'iodoforme et, à cause de leur présence, on prescrit un repos absolu au lit. Sous l'influence d'une bonne alimentation et de ce traitement, l'état du malade s'améliore peu à peu ; on adjoignit plus tard à cette médication des bains stimulants. Pendant ce temps, la tumeur jaunâtre ne fit pas de progrès. Les premiers jours on put croire qu'elle allait passer franchement à suppuration ; peu à peu sa teinte devint plus foncée et son volume diminua. Mais la sclérotique amincie

continua à se déformer et après un séjour de quatre mois à l'hôpital, le malade sortit le 6 novembre 1875, présentant dans la moitié externe de l'œil gauche un staphylome antérieur gros comme la moitié d'une noisette.

CHAPITRE CINQUIÈME.

TRAITEMENT.

Le traitement de l'iritis syphilitique doit être général et local. A l'état général il faut opposer la médication spécifique et un régime approprié.

Le mercure peut être employé sous différentes formes. Sichel recommande le mode d'administration suivant qui, dit-il (1), est le plus actif et trompe rarement l'attente du praticien.

Bichlorure de mercure	0,15
Eau distillée	qq. gouttes
Extr. réglisse	q. s. pour diviser

en 50 pilules. On commence par prendre une pilule matin et soir et on augmente la dose d'une pilule tous les jours jusqu'à 3 ou 4 matin et soir.

D'après Mackensie (2), le mélange de calomel et d'opium est la meilleure forme sous laquelle on puisse administrer le spécifique dans cette maladie. On peut faire prendre le matin, à midi et le soir, une pilule

(1) Iconographie ophthalmologique, texte, p. 123.
(2) Maladie des yeux, t. II, p. 23.

contenant de 0,05 à 0,10 centigrammes de calomel et de 0,01 à 0,05 centigrammes d'opium, jusqu'à ce que les gencives soient manifestement affectées.

Le proto-iodure de mercure peut être donné à la dose de 0,05 centigrammes deux fois par jour. Ricord augmente rapidement cette dose de façon à la porter à 0,30 centigrammes par jour.

La liqueur de Van Swieten est aussi une bonne préparation que l'on emploie à la dose d'une cuillerée à bouche par jour.

Certains auteurs ont rencontré des cas dans lesquels le mercure administré assez longtemps à l'intérieur n'avait produit aucun effet sur la constitution et où les onctions produisirent rapidement de bons résultats. Aussi préconisent-ils ce mode d'emploi du mercure appelé cure d'inonctions.

Sælberg Wells (1) recommande les onctions d'onguent mercuriel à la dose de 50 centigr. à 1 gr. 50 centigr., aux bras et aux cuisses deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce que la bouche devienne sensible.

D'autres praticiens associent les deux méthodes ; ainsi Vidal (2) emploie les onctions autour de l'œil et aux tempes de la manière suivante :

Extrait de belladone.....	1 partie.
Onguent mercuriel	2 parties.

et simultanément des frictions sous-maxillaires avec l'onguent napolitain et en outre une pilule de proto iodure de mercure matin et soir.

(1) Maladies des yeux, p. 166

(2) Annales oculistiques, t. XXXIV, p 191.

L'injection de mercure sous la peau donne aussi des résultats favorables, ainsi que l'ont montré les expériences de Liégeois. M. Cruveilhier a appliqué cette thérapeutique dans un cas d'iritis grave avec condylome et il a obtenu un succès rapide. Voici la formule de Liégeois :

Eau distillée.....	90 gr.
Sublimé corrosif.....	0,20
Hydrochlorate de morphine....	0,10

2 injections par jour à la dose de 6 à 8 gouttes.

Quelquefois la médication mercurielle doit être mise de côté ; la mauvaise constitution du malade, sa débilité générale, empêchent d'y avoir recours. Dans ce cas on peut employer avec succès l'iodure de potassium à la dose de 25 à 30 centigr., trois fois par jour. (Mackensie.)

La médication à laquelle nous donnons la préférence, est l'association du mercure et de l'iodure de potassium. Tous les malades dont nous rapportons les observations ont été traités par le sirop de Gibert à la dose de trois cuillerées à bouche par jour. Comme on a pu le voir, ce traitement a donné les meilleurs résultats.

Mais quelle que soit la préparation mercurielle que l'on choisisse, il est un point essentiel qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est le régime du malade.

Ce régime doit être doux et très-peu nourrissant ; si cependant le malade est débilité et que la syphilis ait une action très-active sur sa constitution, on fera usage des toniques : vin de quinquina, sirop d'iodure

de fer, pilules de Vallet, etc. L'huile de foie de morue est aussi un médicament que nous recommandons.

Outre le traitement mercuriel, il est d'autres médications qui ont été préconisées et que nous devons signaler. Ainsi Desmarres père (1) a guéri plusieurs iritis syphilitiques par le bichromate de potasse vanté par Vicente y Hedo.

Voici la formule :

Bichromate de potasse.. ..	aâ
Extrait thébaïque.....	1 gr.
Sirop simple.....	q. s.

Diviser s. a en 100 pilules. Une pilule matin et soir. Tous les trois jours on augmente d'une pilule jusqu'à 5 ou 6 par jour.

Le Dr Ducros préconise le cyanure d'or à la dose d'un demi-centigr. par jour, et des frictions sur le front et au pourtour de l'orbite avec 1 gramme de la pommade suivante :

Moelle de bœuf.....	30
Beurre de cacao	6
Cyanure d'or.....	0,25

Nous ne citerons que pour mémoire et pour la rejeter absolument la syphilisation mise en pratique par le Dr Sperino, de Turin.

Nous avons vu que l'iritis syphilitique était sujet aux récidives ; pour prévenir ces dernières, il faut continuer le traitement spécifique pendant un certain

(1) Maladies de yeux, t. II, p 450

temps. Voici l'opinion de Ricord à ce sujet (1) : « Six mois de traitement mercuriel, et puis trois mois de traitement ioduré destinés à prévenir les accidents éloignés de la diathèse, telle est la médication qui donne les cures les plus soutenues. »

Avant de nous occuper du traitement local de l'iritis, nous devons encore parler des dérivatifs qui sont utiles dans beaucoup de cas. Tels sont les purgatifs et les émissions sanguines.

Parmi les purgatifs, ce sont le calomel à doses fractionnées et les pilules d'aloès que nous préférons.

Les émissions sanguines peuvent être générales ou locales ; nous considérons ces dernières comme faisant partie du traitement local. La saignée générale peut donner de bons résultais. Mackensie (2) a été obligé de répéter plusieurs fois la saignée du bras et d'appliquer à diverses reprises des sangsues avant de voir les symptômes s'amender suffisamment pour pouvoir espérer quelque avantage de l'emploi du mercure.

Le Dr Montcath (3) a vu la maladie marcher rapidement vers la formation d'hypopyon dangereux, malgré l'action complète du mercure, alors qu'une large saignée du bras et l'application d'un vésicatoire à la nuque arrêtaient les progrès ultérieurs de la maladie.

On peut donc user de ce moyen, à la condition

(1) Traité sur le chancre, p. 221.
(2) Loc. cit., p. 23, t. II.
(3) Glascow medical journal, volume II, p. 59 (Glascow, 1829).

DON HOSPITAL

toutefois que la constitution du malade ne s'y oppose pas.

Examinons maintenant ce que l'on doit opposer localement à l'iritis syphilitique et à ses complications.

La première indication est de prévenir la déformation de la pupille, d'empêcher la formation d'adhérences de cette ouverture avec la capsule antérieure du cristallin ou de rompre les synéchies qui sont déjà organisées. Le sulfate d'atropine est alors le meilleur médicament que l'on puisse employer. Dans son Traité des maladies des yeux, M. Galezowski s'exprime ainsi au sujet de son action (1) : « Par la dilatation de la pupille, on éloigne le bord pupillaire du contact de la capsule antérieure, et on prévient la formation des adhérences. Lorsque les synéchies sont déjà constituées, on arrive à les rompre en partie ou en totalité. L'atropine possède aussi une influence antiphlogistique, en ce sens que l'iris une fois dilaté, le volume des vaisseaux est diminué ainsi que la quantité de sang qu'ils peuvent contenir. D'autre part, en paralysant l'action du muscle accommodateur, ce médicament entrave la tension intra-oculaire et contribue d'une manière positive à dissiper l'hyperémie. »

La solution dont on se sert le plus souvent est la suivante :

Sulfate d'atropine.....	0,10 ou 0,15
Eau distillée.....	30 gr.

(1) Galezowski. Traité des maladies des yeux, p. 351.

On instille 5 à 8 gouttes de cette solution dans l'œil malade.

L'usage de l'atropine doit être longtemps continué; même quelque temps après que l'iritis a cesse d'exister ; on en diminue alors la dose. Mais il arrive parfois que les instillations d'atropine finissent par irriter la conjonctive et sont mal supportées ; l'œil devient plus larmoyant et les phénomènes d'inflammation augmentent d'intensité. On doit alors la mettre de côté jusqu'à ce que cette irritation soit calmée ; pour la calmer, on emploie soit des sangsues à la tempe, soit des frictions autour de l'orbite avec l'onguent belladoné.

Extrait belladone.....	1
Axonge.....	30

On peut encore diminuer l'inflammation et en même temps maiutenir la dilatation pupillaire par un collyre de belladone. (Sælberg Wells.)

Extrait belladone.....	8
Eau distillée.....	30

D'autres médicaments ont été expérimentés dans le but de rompre les synéchies postérieures. Ainsi la fève de Calabar qui, d'après M. le professeur Gubler (1), « sert à rompre les adhérences contractées par l'iris avec la capsule antérieure du cristallin » a été employée avec succès dans certains cas. Sælberg

(1) Commentaires de thérapeutique, p. 120.

Wells l'a vu réussir dans des cas qui avaient résisté à l'atropine.

M. Carmichael, de Dublin, a vanté l'essence de térébenthine. C'est par suite de l'influence connue de cette substance dans la péritonite et de l'analogie présumée entre les adhérences déterminées par la péritonite et celles de l'iris qu'il a été amené à mettre en usage cette médication. M. Carmichael établit que la térébenthine n'a presque jamais manqué de procurer la cure parfaite de l'iritis syphilitique et qu'une amélioration sensible s'est presque toujours déclarée dès le début de son usage. Il l'emploie à la dose de 5 centigr., trois fois par jour. Ce médicament a une saveur désagréable, est difficile à prendre, et n'a pas donné d'aussi beaux résultats à d'autres praticiens qui en ont essayé l'administration ; aussi nous ne le recommandons pas.

Nous préférons l'atropine, et toutes les fois que cette substance est insuffisante pour diminuer l'inflammation et calmer les douleurs, nous la donnons concurremment avec les émissions sanguines locales. Ces saignées locales doivent être faites par des sangsues appliquées dans le voisinage de l'œil malade, mais pas trop près des paupières dont elles provoqueraient l'œdème. La tempe, immédiatement au devant du pavillon de l'oreille, est la place la plus favorable. Pour éviter la réaction et l'afflux du sang vers les yeux et la tête, Sichel (1) conseille d'administrer un purgatif le lendemain, et, dans le cas

(1) Loc. cit., p. 90.

d'une phlegmasie plus violente, de pratiquer le surlendemain une émission sanguine révulsive par un petit nombre de sangsues (4 à 8) ou de ventouses scarifiées, posées à l'anus ou aux cuisses.

Nous avons encore d'autres moyens pour calmer les douleurs orbitaires et circumorbitaires qui sont quelquefois très-vives. Si elles sont intermittentes et qu'elles reviennent à heures fixes, le sulfate de quinine réussit assez bien. On le donne à la dose de 50 centigr., trois heures avant leur retour. Si elles sont continues, il faut appliquer sur l'œil des compresses mouillées d'une infusion très-chaude de camomille. L'onguent belladoné est aussi souvent très-utile.

M. Galezowski (1) a réussi à appliquer avec succès l'éthérisation localisée, au moyen d'un appareil de Richardson, modifié par Robert et Collin d'après ses indications, et qui a pour but de localiser un jet d'éther sur un point douloureux.

Nous avons dit au commencement de ce chapitre que l'emploi de l'atropine était une excellente médication contre les synéchies postérieures de l'iris. Si ces adhérences sont petites, de peu d'étendue et de formation récente, cette substance seule est assez active pour les faire disparaître. Mais si, au contraire, elles sont très-grandes ou qu'il y ait occlusion complète de la pupille soit par suite d'une inflammation violente, soit parce que le traitement a été négligé au début de la maladie, l'atropine sera

(1) Loc. cit., p. 353.

alors impuissante, et il faudra avoir recours à l'iridectomie.

Obs. XI (personnelle). — L..., âgé de 40 ans, chaudronnier de la Compagnie transatlantique, entre à l'hôpital du Havre, service des maladies des yeux, à la fin d'octobre 1875. Il avait alors une iritis syphilitique aiguë des deux yeux, dont le début remontait à trois semaines environ. Ce malade avoue ses antécédents spécifiques. Le traitement ordinaire de l'iritis par les mydriatiques et les révulsifs reste sans effet. Des synéchies totales existent des deux côtés, de nouvelles exsudations pupillaires se développent, la tension oculaire augmente et ressemble à celle du glaucome, des douleurs très-vives font beaucoup souffrir le malade. Devant de pareils symptômes et malgré l'état aigu on se décide à pratiquer une large iridectomie dans chaque œil à deux jours de distance. Ces iridectomies furent suivies en huit jours de la guérison la plus complète. Le malade sortit de l'hôpital et fut revu huit jours après par M. Brière, qui constata la disparition de tous les symptômes de l'iritis.

Contrairement à l'indication d'un grand nombre d'auteurs, nous voyons dans cette observation, que l'opération suivie de succès a été pratiquée pendant la période aiguë.

Nous nous rappelons aussi avoir assisté M. le Dr Brière pendant l'année 1876, dans deux iridectomies pratiquées en pleine période inflammatoire. L'une avait pour but de guérir une iritis traumatique et l'autre une iritis rhumatismale. Dans le premier cas, la guérison eut lieu au bout de quinze jours et dans le deuxième au bout de huit jours. D'après

ces exemples, nous sommes d'avis que l'on peut opérer, *quand il y a indication urgente*, malgré les accidents inflammatoires très-aigus.

L'iridectomie est aussi indiquée quand l'iritis syphilitique est compliquée de choroïdite et voici l'opinion de Desmarres père à ce sujet (1) : « On choisit pour exécuter l'iridectomie un moment de calme, comme on en voit très-souvent dans la marche de la maladie ; mais on doit, si le mal ne cède à aucun moyen, attaquer l'œil et exciser l'iris au plus fort des douleurs et de l'inflammation. De cette manière, on éteint les douleurs immédiatement et on est assez heureux quelquefois pour rétablir la vision. Si l'opération échoue et que l'œil s'atrophie rapidement ou se prenne de phlegmon, on a encore rendu au malade un véritable service en abrégeant ses souffrances, puisque avec le temps l'organe se serait infailliblement perdu. »

Par conséquent, si l'iritis ou l'irido-choroïdite est intense, si les synéchies sont considérables et si la tension intra-oculaire est augmentée, on doit pratiquer l'iridectomie, et l'on peut sans inconvénients et suivant les indications faire cette opération à la période aiguë.

Le traitement spécifique et antiphlogistique est applicable dans le cours de toutes les complications de l'iritis syphilitique. Mais il est en outre d'autres moyens que l'on doit employer dans certaines de ces complications.

(1) Loc. cit., t. III, p. 427.

Quand le sclérite résiste au traitement ordinaire, ce qui est rare, on peut y opposer la teinture de colchique ou les pilules suivantes :

Extrait de douce-amère.. 0,10
Racine de gaïac..... 0,02
2 à 3 pilules par jour (Sichel.)

Tous les cas de condylomes que nous avons rapportés ont été soignés par les compresses chaudes, à une température aussi élevée que le malade peut supporter et renouvelées très-souvent. Cette médication est excellente et malgré son emploi difficile doit être mise en usage.

Contre les staphylomes de la sclérotique, si les mydriatiques et les antiphlogistiques échouent, on aura recours à l'iridectomie. Si cette opération ne réussit pas à arrêter les progrès de l'inflammation, Sœlberg Wells (1) conseille de pratiquer une nouvelle iridectomie en face de la première, de façon à partager l'iris en deux moitiés séparées.

Les Drs Giordani, Nicola et Vignole Achille (2), témoins des heureux succès dus à la méthode Borelli dans le traitement du staphylome de la cornée, ont eu la pensée d'y avoir recours pour la guérison d'un staphylome volumineux de la sclérotique dont l'origine remontait à trois ans et très-douloureux. Le vingt-huitième jour, à dater de l'opération, la cicatrisation était complète. L'œil avait repris ses pro-

(1) Loc. cit., p. 224.
(2) Annales d'oculistique, t. 55, p. 101.

portions naturelles, ses mouvements étaient libres et toute douleur avait disparu.

Enfin nous terminons l'exposé de notre traitement de l'iritis syphilitique et de ses complications par quelques conseils hygiéniques. Le malade gardera la chambre, et dans le cas où il sera forcé de sortir, il portera au-devant de l'œil un bandeau flottant ou des conserves noires entourées de taffetas. Il laissera de côté la lecture, les travaux qui pourraient fatiguer l'œil, et s'abstiendra en outre de toute espèce d'excitants.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.